



Justyna Kuształ

ORCID: 0000-0001-9493-7504
Uniwersytet Jagielloński

Małgorzata Piasecka

ORCID: 0000-0001-9532-489X
Uniwersytet Jagielloński

Współczesne podejścia do terapii uzależnień dzieci i młodzieży – przegląd stanowisk teoretycznych i empirycznych

A Contemporary Approach to Substance Abuse Treatment for Children and Adolescents – a Review of Theoretical and Empirical Perspectives

SŁOWA KLUCZOWE

•
dzieci, młodzież,
uzależnienie, terapia,
praktyka oparta na
dowodach

ABSTRAKT

Zwiększająca się aktualnie liczba młodych ludzi zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub z nałogami behawioralnymi staje się problemem społecznym¹. Doniesienia medialne i apele środowisk naukowych² nie pozostają obojętne na rosnące zagrożenia rozwoju dzieci i młodzieży. Aktualne stają się więc pytania nie tylko o przyczyny i czynniki warunkujące te zjawiska, ale i o współcześnie stosowane podejścia oraz metody w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej, czyli w konsekwencji pytanie przede wszystkim o ich skuteczność. Niniejsze opracowanie ma charakter

¹ Informacja o wynikach kontroli. Przeciwdziałanie e-uzależnieniu dzieci i młodzieży, Najwyższa Izba Kontroli, LKI.410.008.00.2016, Nr ewid. 32/2016/P/16/070/LK.

² Por. cykliczne konferencje naukowo-szkoleniowe MCPU w Krakowie i Katedry Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CMUJ w Krakowie; <https://www.mcpc.krakow.pl/konferencje> (dostęp: 16.08.2018).

przeładowy i jest prezentacją współczesnych podejść teoretycznych i tendencji w praktyce oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec dzieci i młodzieży. Wpisuje się on więc w temat aktualnego numeru niniejszego czasopisma, odwołuje się bowiem do współczesnych nurtów badań nad dzieckiem i dzieciństwem, bo w nich właśnie poszukujemy predyktorów zmian w refleksji naukowej i praktyce terapeutycznej nakierowanej na dzieci i młodzież.

KEYWORDS

children, youth,
addiction, therapy,
evidence based in
practice

ABSTRACT

The increasing number of young people at risk of substance abuse, addicted to psychoactive substances, or suffering from behavioral addictions, constitutes a serious contemporary social problem. Media reports and scientists' appeals draw attention to these threats to children's and adolescents' harmonious development. The questions concerning not only their causes and conditioning factors, but also approaches and methods currently used in diagnostic and therapeutic practices, and, of course, their efficiency, become the pressing ones. The paper is a review paper which presents contemporary theoretical approaches and practical tendencies in therapy directed at children and adolescents. Thus, it corresponds to the topic of this issue of the journal, as it focuses on contemporary studies devoted to the child and childhood, since this is where we look for predictors of changes in the scientific thought and therapeutic practice centered around children and adolescents.

Wstęp

Celem artykułu jest zarysowanie współczesnych, aktualnych w literaturze przedmiotu i praktyce terapeutycznej, podejść do oddziaływań terapeutycznych w obszarze uzależnień dotyczących dzieci i młodzieży. Współcześnie, kiedy notuje się rosnącą liczbę zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień, wśród najmłodszych grup społecznych, naukowcy i praktycy koncentrują się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o przyczyny tych zjawisk. Zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży potrzebujących pomocy psychologicznej, psychiatrycznej i terapeutycznej³ nakazuje zadawać pytania o czynniki, które ją powodują i warunkują. Wśród wielu opracowań naukowych i raportów przygotowanych przez gremia naukowe i organizacje pozarządowe rysuje się obraz

³ Por. wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia w sprawie niedostatecznego dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży; http://brpd.gov.pl/sites/default/files/2018_01_17_wyst_mz.pdf (dostęp: 16.08.2018).

wielu predyktorów: od społeczno-kulturowych, mediów, zmian w obrębie rodziny i instytucji edukacyjnych czy wychowawczych, po jednostkowe czy osobowościowe określające kondycję psycho-fizyczną dzieci i młodzieży⁴.

Na łamach niniejszego opracowania chcielibyśmy sięgnąć nie do przyczyn uzależnień wśród młodych ludzi, ale zaprezentować przegląd współczesnych stanowisk leżących u podstaw oddziaływań zaradczych (prewencyjnych) i terapeutycznych stosowanych wobec dzieci i młodzieży. Podejścia te można globalnie określić jako interdyscyplinarne, sytuują się bowiem i sięgają do wielu teorii i koncepcji psychologicznych i antropologicznych, i zanurzone są współcześnie mocno w medycynie (*Evidence Based in Medicine*⁵). Aktualnie stosowane podejścia do terapii dzieci i młodzieży można ogólnie określić jako eklektyczne. Choć badania naukowe prowadzone na zachodzie Europy i doświadczenia amerykańskie zdecydowanie oscylują wokół diagnozy i terapii opartej na podejściu kognitywno-behawioralnym⁶, to w praktyce terapeutycznej w naszym kraju stosuje się również klasyczne już dziś podejścia kliniczne. Na łamach tego artykułu prezentować więc będziemy szeroką perspektywę: od koncepcji dziecka i dzieciństwa jako podmiotu diagnozy i terapii, poprzez aktualnie opisywane w literaturze przedmiotu koncepcje teoretyczne leżące u podstaw diagnozy i terapii dzieci oraz młodzieży, aż po praktyczne, wyrastające z tych poprzednich konkretne programy terapeutyczne.

Koncepcja dobrostanu dziecka, teoria pozytywnego rozwoju dziecka oraz model dobrego życia jako teoretyczne podstawy współczesnej diagnozy i terapii uzależnień

Na początku konieczne wydaje się zadanie pytania o samą koncepcję dziecka – podmiotu oddziaływań najpierw diagnostycznych, a potem terapeutycznych. Znacząca jest odpowiedź w kwestii tego, jak dziecko jest postrzegane, opisywane, a potem traktowane przez lekarza, terapeutę czy samego rodzica. To bowiem w konsekwencji pozwala zarysować szerszą perspektywę – jakie działania należy podjąć, aby zapobiec wystąpieniu uzależnienia czy jego nawrotom. Badania nad dzieciństwem opisywane

⁴ Por. L.J. Siegel, B.C. Welsh, *Drug Use and Delinquency*, [in:] *Welsh Juvenile Delinquency. Theory, Practice and Law*, ed. L.J. Siegel, Boston 2015, p. 407–409.

⁵ Por. A. Barczykowska, S. Dzierżyńska-Breś, M. Muskała, *Systemy resocjalizacji Anglii i Stanów Zjednoczonych Ameryki*, Poznań 2015, s. 37–40.

⁶ Por. tamże. W polskiej literaturze od lat obecne jest podejście kognitywno-behawioralne dzięki piśmiennictwu B. Urbana i jego współpracowników oraz twórczości R. Opory; por. B. Urban, *Kognitywno-interakcyjne podstawy współczesnej resocjalizacji*, [w:] *Resocjalizacja. Ciągłość i zmiana*, red. M. Konopczyński, B.M. Nowak, Warszawa 2008; R. Opora, *Ewolucja społecznego niedostosowania jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*, Gdańsk 2009.

w literaturze przedmiotu i realizowane w rodzimych ośrodkach naukowych⁷ i za granicą opierają się na paradygmacie konstruktywistycznym i przyjmują, że dzieciństwo jest konstruktem społeczno-kulturowym. Analizowany jest on w perspektywie historycznej, społecznej, kulturowej i politycznej. Dla diagnozy i terapii dziecka istotna wydaje się każda z tych perspektyw, aczkolwiek perspektywa polityczna pozwala ujmować dziecko (pacjenta-klienta) jako przedmiot/podmiot instytucjonalnych regulacji prawnych i praktyk wychowawczych czy medycznych, tak w odniesieniu do jego samego, jak i jego rodziny czy szerszych środowisk wychowawczych⁸. Według W. Stainton-Rogers „różne sposoby postrzegania i rozumienia dzieci (ich potrzeb, praw, statusu społecznego) oraz sposoby oceniania ich wartości dla społeczeństwa implikują różne rodzaje polityki społecznej wobec nich oraz różne podejścia profesjonalistów (pedagogów, nauczycieli, lekarzy, polityków, pracowników socjalnych) do opieki i troski o ich byt”⁹. W konsekwencji to, jak „widziane jest” dziecko czy młody człowiek w społeczeństwie, jaki przypisuje się mu status społeczny i prawny, jakie atrybuty psychologiczne są mu nadawane, widoczne jest w różnych sferach jego funkcjonowania: od rodziny, szkoły, środowiska pracy, spędzania wolnego czasu, po instytucje pomocowe, służbę zdrowia, wymiar sprawiedliwości i inne agendy społeczne, z którymi styka się na przestrzeni swojego życia. Współcześnie literatura przedmiotu koncentruje się na koncepcji dobrego życia i dobrostanu dziecka. Dyskurs dobrostanu dziecka przeciwstawiany jest dwóm historycznie wcześniejszym: o potrzebach dziecka i jego prawach. Kwestię potrzeb dziecka opiera się na podejściu paternalistycznym, charakterystycznym dla czasów do połowy XX wieku, który koresponduje z modelem państwa opiekuńczego. Zakłada ono, że to rolą państwa jest zaspokajanie potrzeb dzieci, przy czym ich rodzaj i zakres określany jest nie przez samo dziecko, ale przez agendy publiczne. Dziecko jest widziane jako bezbronne, dopiero staje się człowiekiem i nie może w pełni uczestniczyć w kształtowaniu swojego życia w społeczeństwie. Natomiast drugie podejście – określane jako dyskurs praw dziecka – przyjmuje, że dziecko jest podmiotem, który może uczestniczyć w kształtowaniu swojego życia i realizowaniu swoich praw na równi z innymi aktorami życia społecznego. Postulaty partycypacji dzieci w życiu społecznym czasem nie dają się pogodzić z postulatami ich ochrony (również ochrony ich zdrowia), stąd też w literaturze przedmiotu, ale także w dyskursie medialnym pojawia się wiele

⁷ Badania nad dzieciństwem prowadzi się między innymi w naszym kraju w Uniwersytecie Gdańskim, Uniwersytecie Warszawskim, Uniwersytecie Łódzkim oraz Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.

⁸ Por. J. Kusztal, *Dobro dziecka w procesie resocjalizacji. Aspekty pedagogiczne i prawne*, Kraków 2018, s. 61.

⁹ W. Stainton-Rogers, *Promocja lepszego dzieciństwa. Konstrukcje troski o dziecko*, [w:] *Wprowadzenie do badań nad dzieciństwem*, oprac. M.J. Kehily, Kraków 2008, s. 173 i n.

kontrowersji dotyczących pełnej realizacji praw dziecka. Problem dobrostanu dziecka wydaje się z kolei tym najbardziej uniwersalnym i adekwatnym do współczesnej kondycji dzieci i młodzieży. Akcentuje on bowiem „pojęcie jakości życia użyteczne w rozważaniach nad dobrem dzieci, ponieważ w pojęciu tym zawiera się uznanie faktu, iż stopień, w jakim dzieci są zadowolone ze swojego życia, oraz to, na ile są szczęśliwe, nie zależy wyłącznie od stopnia, w jakim zaspokajane są ich potrzeby, czy nawet od tego, na ile są respektowane ich prawa. Musimy też wziąć pod uwagę czynniki kulturowe, takie jak role społeczne dzieci oraz ich status w rodzinach i społecznościach lokalnych”¹⁰. Stąd też uniwersalność tego podejścia. Ponadto „działania na rzecz jakości życia dzieci wymagają ich pełnego uczestnictwa w podejmowaniu każdej decyzji nakierowanej na wsparcie i pomoc. Dyskurs jakości życia koncentruje się zdecydowanie na strategiach pozytywnych, ponieważ czynniki ryzyka nie definiują samego dziecka czy jego rodziny, ale są wynikiem reakcji społecznych, całego układu sił politycznych czy ekonomicznych”¹¹. Z obecnym w badaniach nad dzieciństwem dyskursem dobrostanu dziecka korespondują współczesne podejścia terapeutyczne oparte na zasobach rodziny i lokalnego środowiska wychowawczego młodych ludzi, akcentujące systemowe rozwiązania i odchodzące od środków izolacyjnych. Widoczne jest tu nawiązanie do szerokiego nurtu psychologii pozytywnej, z którego wyrastają też kolejne teorie stanowiące podstawy współczesnych koncepcji diagnostycznych i terapeutycznych dzieci i młodzieży uzależnionej od środków psychoaktywnych bądź dotkniętych nałogami behawioralnymi.

Good Live Model (GLM), czyli koncepcja dobrego życia, opiera się na badaniach antropologicznych, psychologicznych, społecznych i kryminologicznych i odnosi się do analiz przestępczości, ale stanowi też podstawę strategii interwencyjnych nakierowanych na uzależnienia czy inne zachowania dewiacyjne. Przyjmuje, „że przestępcy niczym nie różnią się od nie-przestępców, powodują nimi te same potrzeby, kierują się tymi samymi motywami działania, tak samo formułują cele życiowe i wyznają takie same wartości, dążą do zdobycia tych samych dóbr”¹². Inspirowana psychologią pozytywną, koncepcja ta zakłada, że „zachowania przestępcze powstają, gdy osoby nie mają wewnętrznych lub zewnętrznych zasobów do osiągnięcia swoich celów w prospołeczny sposób. Zakłada się, że problemy przestępcze i psychologiczne są

¹⁰ F. Casas, *Quality of Life and Life Experience of Children, International Interdisciplinary Course of Children's Rights*, Ghent 2008, s. 8, cyt. za: W. Stainton-Rogers, *Promocja lepszego dzieciństwa*, dz. cyt., s. 190, cyt. za: J. Kusztal, *Dobro dziecka w procesie resocjalizacji*, dz. cyt., s. 68.

¹¹ J. Kusztal, *Dobro dziecka w procesie resocjalizacji*, dz. cyt., s. 69.

¹² G.M. Willis, T. Ward, *The Good Lives Model. Does it Work? Preliminary Evidence*, [w:] *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment*, red. L.A. Craig, L. Dixon, T.A. Gannon, Chichester 2013, s. 305–317; por. J. Kusztal, *Dobro dziecka w procesie resocjalizacji*, dz. cyt., s. 197.

bezpośrednią konsekwencją złych prób osiągnięcia ludzkich dóbr. (...) Zasadniczym celem pracy resocjalizacyjnej jest umożliwienie osobie stworzenia planu życia, obejmującego sposoby skutecznego zdobywania podstawowych dóbr bez krzywdzenia innych. Nie chodzi tu jedynie o zmniejszenie czynników ryzyka, lecz o holistyczną rekonstrukcję «ja», co wymaga od praktyków rozważenia indywidualnych, relacyjnych i kontekstowych czynników i zajęcia się nimi¹³.

Teoria pozytywnego rozwoju (*Positive Youth Development* – PYD) w profilaktyce i działaniach resocjalizacyjnych również wywodzi się z psychologii pozytywnej i opiera się na założeniu o zasobach rozwojowych adolescentów i środowiska lokalnego, „gdzie kluczowymi czynnikami umożliwiającymi rozwój młodego człowieka są odporność psychiczna na potencjalne lub realne czynniki narażające na szwank rozwój oraz same kompetencje jednostki”¹⁴. Rozwój młodego człowieka – podobnie jak w dyskursie dobrostanu dziecka – „nie może być analizowany bez kontekstu społecznego, gdyż (...) w PYD analizuje się, jak cechy psychologiczne, biologiczne i społeczne rzutują na trajektorie rozwojowe nastolatków”¹⁵.

Opisane wyżej wybrane koncepcje stanowią szeroki kontekst teoretyczny niżejszych rozważań nad współczesnymi stanowiskami empirycznymi w diagnozie i terapii uzależnień dzieci i młodzieży. GLM i PYD opisane są od lat w polskiej literaturze resocjalizacyjnej, wymagają jednak szerszych analiz i interpretacji w rodzimych warunkach. Natomiast dyskursy dziecka i dzieciństwa mają swe miejsce w badaniach nad dzieciństwem i dostarczają szerszej perspektywy dla współczesnych analiz pedagogicznych i psychologicznych. Obecne są także w badaniach nad edukacją i zdrowiem publicznym. W naszym kraju dyskurs dobrostanu dziecka ustępuje miejsca dyskursowi potrzeb dziecka czy niekiedy dyskursowi praw dziecka, aczkolwiek idea pełnej partycypacji młodego człowieka i kształtowania jego własnego rozwoju pojawia się powoli w polityce edukacji, zdrowiu publicznym i życiu społeczno-kulturalnym¹⁶.

¹³ M. Muskała, „Odstąpienie od przestępczości” w teorii i praktyce resocjalizacyjnej, Poznań 2016, s. 176; por. K. Biel, *Model ryzyka i model dobrego życia w readaptacji skazanych*, [w:] *Konteksty resocjalizacji i readaptacji społecznej*, red. J. Kusztal, K. Kmieć-Jusięga, Kraków 2014, s. 45–59.

¹⁴ K. Sawicki, *Diady, kliki, gangi. Młodzież nieprzystosowana społecznie w perspektywie współczesnej pedagogiki resocjalizacyjnej*, Kraków 2018, s. 37–39.

¹⁵ B.L. Harper-Felsher, S.G. Milstein, Ch.E. Irwin, *Work Group II Healthy Adolescent Psychological Development*, „Journal Adolescent Health”, 2002, 31(6), s. 203, cyt. za: K. Sawicki, *Diady, kliki, gangi*, dz. cyt., s. 38.

¹⁶ E. Jarosz, *Uczestnictwo dzieci – idea i jej znaczenia w przełamywaniu wykluczenia społecznego dziecka*, „Chowanna” 2012, nr 1(38), s. 179–191.

Terapia dzieci i młodzieży z problemem uzależnienia – metody oparte na dowodach naukowych

Poważnym błędem w postępowaniu z młodzieżą jest stosowanie tych samych form i metod oddziaływania w stosunku do osób z różnymi problemami i o różnym stopniu ich nasilenia. Młode osoby często są kwalifikowane do określonego programu tylko ze względu na sam fakt uzależnienia. Dlatego też istotne jest, aby oferta pomocy dla młodzieży uwzględniała szereg czynników psychofizycznych, społecznych, kulturowych oraz prawnych. Tak dobrany program powinien wpływać na postępy klienta w różnych obszarach jego funkcjonowania w tempie i kolejności dostosowanej do jego indywidualnych potrzeb i możliwości. Równie ważne jest, aby młody człowiek rozpoczynający terapię miał możliwość pełnego zapoznania się z programem, w którym będzie uczestniczył¹⁷. Wśród najczęściej wymienianych obecnie podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu uzależnień są terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT) i dialog motywujący (*Motivational Interviewing*, MI)¹⁸. Podkreśla się, że w przypadku terapii dzieci i młodzieży główną przeszkodą w diagnozowaniu oraz leczeniu niektórych nałogów (w tym uzależnienia od seksu) mogą stanowić rodzice. Są tego stanu rzeczy różne przyczyny. Bariera ta może wynikać ze wstydu, obawy przed spojrzeniem na siebie i negatywną oceną w kontekście bycia rodzicem, współuzależnienia, ograniczeń intelektualnych, finansowych czy duchowych¹⁹. Z tego i z innych powodów w przypadku terapii dzieci i młodzieży równie ważną rolę, co terapia poznawczo-behawioralna oraz podejście motywujące, odgrywają podejścia angażujące w oddziaływania terapeutyczne rodzinę oraz uwzględniające szerszy kontekst społeczny, w którym młody człowiek funkcjonuje. Badania dotyczące interwencji wręcz podkreślają znaczenie prowadzenia terapii młodych osób zażywających środki psychoaktywne w kontekście ich rodzin, zakładając, że dynamika rodziny i wsparcie rodzicielskie są zasadniczymi elementami leczenia. Takie podejścia wielosystemowe mają na celu ograniczenie czynników ryzyka nie tylko w rodzinie młodzieży, ale często w systemach szkolnych, rówieśniczych i społecznościowych²⁰.

¹⁷ J. Koczurowska, *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała, Warszawa 2010, s. 292–293.

¹⁸ M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne, Profilaktyka i terapia*, Warszawa 2015, s. 89.

¹⁹ E. Griffin-Shelley, *Nastolatki uzależnieni od seksu*, [w:] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość 2018, s. 414–417.

²⁰ K. Bender i in., *A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Adolescent Cannabis Use*, Florida State 2010, s. 3; H.A. Liddle i in., *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial*, „Am. J. Drug Alcohol Abuse” 2001, nr 27(4), s. 651–688; F. Eidenbenz, *Układy dynamiczne u młodzieży uzależnionej od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Warszawa 2017, s. 286.

Warto przyrzeć się owym podejściom stosowanym w terapii młodych osób uzależnionych. Model poznawczy zakłada, że sposób interpretacji przez jednostkę sytuacji życiowych wpływa na jej uczucia, motywację i zdolność do działania²¹. Zatem możemy stwierdzić, że terapie poznawczo-behawioralne opierają się na założeniu, iż procesy myślowe mają istotne znaczenie i stoją za różnymi odmianami psychopatologii, natomiast modyfikacja dysfunkcyjnych przekonań i postaw może prowadzić do złagodzenia objawów²². Zniekształcone operacje poznawcze są podłożem wielu odkształceń poznawczych, w tym tendencji do wysnuwania szkodliwych interpretacji bodźców oraz skłonności do negatywnych ocen sytuacji oraz własnej osoby. Są one nazywane zniekształceniami poznawczymi lub błędami poznawczymi²³. Ponadto u osób już uzależnionych tworzą się specyficzne dla uzależnienia błędy myślowe, które powodują, że zaburzenie się rozwija lub też następuje jego nawrót²⁴. Dlatego też zgodnie z powyższymi założeniami ich identyfikacja i modyfikacja powinna wpłynąć na podejmowanie lub zaniechanie zachowań uzależnieniowych. Istnieje wiele form terapii poznawczo-behawioralnej, jednak większość z nich opiera się na trzech podstawowych założeniach: (1) aktywność poznawcza wpływa na zachowanie; (2) treści i procesy poznawcze można monitorować oraz modyfikować; (3) zmianę behawioralną i emocjonalną można wywołać poprzez zmianę poznawczą²⁵. CBT jest obecnie opisywana jako ustrukturyzowane, ukierunkowane oraz skoncentrowane na czasie terażniejszym podejście terapeutyczne o wyraźnie określonych celach, wśród których jako główny wymienia się zmianę w myśleniu pacjenta oraz w jego systemie przekonań, co w konsekwencji ma prowadzić do długotrwałej emocjonalnej i behawioralnej transformacji²⁶. Istotnym elementem terapii jest również wyuczenie klienta technik poznawczych i behawioralnych, które ułatwią mu rozpoczęcie i utrzymanie abstynencji oraz pomoc w wyjściu poza samą abstynencję i zmianę stylu życia²⁷.

Obok terapii poznawczo-behawioralnej, innym najczęściej badanym podejściem w terapii uzależnień jest dialog motywujący²⁸. Jest to „skoncentrowana na kliencie

²¹ A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, Kraków 2007, s. 52.

²² M.A. Reinecke, D.A. Clark, *Terapia poznawcza przez całe życie: ramy pojęciowe*, [w:] *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. M.A. Reinecke, D.A. Clark, Gdańsk 2005, s. 14–15.

²³ J. Piacentini, R.L. Bergman, J.W. Aikins, *Poznawczo-behawioralne interwencje w terapii zaburzeń lękowych okresu dzieciństwa*, [w:] *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. M.A. Reinecke, D.A. Clark, Gdańsk 2005, s. 445.

²⁴ A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza*, dz. cyt., s. 48.

²⁵ M.A. Reinecke, D.A. Clark, *Terapia*, dz. cyt., s. 14–15.

²⁶ C.N. Abreu, D.S. Goes, *Psychoterapia uzależnienia od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Warszawa 2017, s. 188.

²⁷ A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza*, dz. cyt., s. 26.

²⁸ C.N. Abreu, D.S. Goes, *Psychoterapia uzależnienia*, dz. cyt., s. 188.

dyrektywna metoda zwiększania wewnętrznej motywacji do zmiany przez analizę i rozwiązywanie ambiwalencji²⁹. Cztery zasady stanowią fundament MI i należą do nich: wyrażanie empatii (próba zrozumienia klienta i zaakceptowania jego punktu widzenia), uwydatnianie sprzeczności (sposób kierowania rozmową powinien prowadzić do ukazania klientowi rozbieżności pomiędzy jego zachowaniem a wyznawanymi wartościami), podążanie za oporem (opór rozumiany jako przejaw braku zgody pomiędzy celami klienta i terapeuty), wspieranie poczucia własnej skuteczności (podkreślanie, iż wszelkie decyzje dotyczące zmiany bądź jej kontynuowania należą wyłącznie do klienta)³⁰. Dialog motywujący jest to sposób prowadzenia rozmowy, który polega na współpracy z klientem w celu zwiększenia jego wewnętrznej motywacji do wprowadzenia zmiany. MI nie opiera się na konkretnym paradygmacie terapeutycznym, polega natomiast na wydobywaniu i wzmacnianiu potencjału klienta oraz odbywa się w atmosferze szacunku i akceptacji³¹. Jest to odpowiednia metoda oddziaływań wśród nastolatków ze względu na elastyczność w zastosowaniu (może być elementem uzupełniającym typowe interwencje, może być stosowana jako wstęp do terapii grupowej lub jako samodzielna interwencja), a także cel, którym jest rozwiązanie ambiwalencji i zwiększenie motywacji do wprowadzenia zmian, oraz współpracę i tworzenie zdrowej relacji między nastolatkiem a terapeutą³².

Obok terapii poznawczo-behawioralnych oraz dialogu motywującego, istotną rolę w terapii uzależnionej młodzieży odgrywają terapie systemowe. Warto w tym miejscu wyjaśnić, na czym polegają określone rodzaje rodzinnych oddziaływań terapeutycznych. Jedną z odmian terapii opartych na rodzinie jest wielowymiarowa terapia rodzin (*Multi Dimensional Family Therapy*, MDFT). Dotyczy ona nadużywania substancji psychoaktywnych przez młodzież i problemów z nim związanych. Jest zorientowana środowiskowo i rozwojowo, uwzględnia czynniki środowiska szkolnego, rówieśniczego i lokalnego oraz współpracę z sądem dla nieletnich³³. Generalnie MDFT koncentruje się na nastolatku, jego rodzicach czy rodzeństwie, wzorach relacji i interakcji rodzinnych, systemach pozarodzinnych (sieci wsparcia). Terapia ta mocno sięga do

²⁹ W.R. Miller, S. Rollnick, *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*, Kraków 2010, s. 31.

³⁰ L.H. Glynn, T.B. Moyers, *Dialog motywujący jako terapia uzależnień*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, red. P.M. Miller, Warszawa 2013, s. 182–183.

³¹ M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt., s. 104.

³² S.M. Colby, *Dialog motywacyjny jako interwencja w rzucaniu palenia przez młodzież*, [w:] *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, red. H. Arkowitz, W.R. Miller, S. Rollnick, Kraków 2017, s. 352–354.

³³ J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje kierowane do młodzieży nadużywającej substancji psychoaktywnych*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, red. P.M. Miller, Warszawa 2013, s. 344.

metody *Casework* w pracy z rodziną³⁴. To, kto zostanie zaangażowany w poszczególną sesję terapeutyczną, zależy od problemu, który będzie podlegał rozpatrzeniu w trakcie trwania konkretnej sesji. Czas trwania terapii MDFT to zazwyczaj cztery do sześciu miesięcy z częstotliwością od jednego do trzech razy w tygodniu (w zależności od miejsca i charakteru leczenia, stopnia nasilenia problemów nastoletniej osoby oraz sposobu funkcjonowania rodziny)³⁵. Terapeuci prowadzą oddziaływania zgodnie z indywidualnym profilem ryzyka i czynników chroniących nastolatka i jego rodzinę, uwzględniając cztery współzależne moduły. Pierwszy z nich dotyczy kwestii rozwojowych, takich jak tworzenie tożsamości, relacje z rówieśnikami, zaangażowanie społeczne i konsekwencje zażywania narkotyków. Praca w drugim module polega na zwiększeniu umiejętności rodzicielskich, odbudowaniu emocjonalnych więzi rodziców z dzieckiem i wspieraniu udziału rodziców w życiu nastolatka poza rodziną. Trzeci moduł ułatwia wprowadzenie zmian w relacjach rodzinnych, pomagając członkom rodziny rozwijać umiejętności społeczne i komunikacyjne. Czwarty moduł dąży do ustanowienia pozytywnych relacji we wszystkich systemach społecznych, w których uczestniczy młodzież (na przykład rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, społeczność)³⁶. Wyniki badań MDFT wykazały lepsze rezultaty niż kilka innych nowoczesnych metod leczenia, w tym rodzinna terapia grupowa (*Family Group Therapy*), rówieśnicza terapia grupowa (*Peer Group Treatment*), indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i leczenie stacjonarne (*Residential Treatment*)³⁷.

Kolejną odmianą terapii angażujących rodzinę jest funkcjonalna terapia rodzin (*Functional Family Therapy*, FFT), która została skierowana do rodzin nastolatków z zaburzeniami zachowania, a jej interwencje koncentrują się na środowisku młodego człowieka, jego indywidualnym funkcjonowaniu w obrębie swojej rodziny oraz na samej relacji z terapeutą. On zaś ogniskuje swoje działania na pracy z zaangażowaniem i motywacją, pracy z samym zachowaniem oraz na uogólnianiu, przy czym akcentuje przede wszystkim etap diagnozy przypadku nastolatka. W ramach oddziaływań uwypuklony jest komponent poznawczy wraz z systematycznym treningiem komunikacji w rodzinie, treningiem umiejętności rodzicielskich i rozwiązywaniem konfliktów³⁸. Wczesne sesje FFT koncentrują się na zwiększeniu zaangażowania w terapię oraz na

³⁴ Tamże, s. 344.

³⁵ K.W. Beard, *Praca z młodzieżą uzależnioną od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Warszawa 2017, s. 220.

³⁶ H.A. Liddle i in., *Multidimensional Family Therapy for Young Adolescent Substance Abuse: Twelve-Month Outcomes of a Randomized Controlled Trial*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 2009, vol. 77, No. 1, 12–25, s. 15.

³⁷ P. Stratton, *Report On The Evidence Base Of Systemic Family Therapy*, <http://www.aft.org.uk> (dostęp: 16.08.2018).

³⁸ J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje*, dz. cyt., s. 345.

wzroście motywacji do zmian wśród członków rodziny. Kolejno celem oddziaływań jest powstanie nowych wzorców interakcji rodzinnych poprzez wzrost umiejętności komunikacyjnych oraz strategii rozwiązywania problemów. Terapeuci zaczynają również współpracować z różnymi systemami, takimi jak system sprawiedliwości dla nieletnich i systemy szkolne, aby ułatwić wprowadzanie i utrzymanie zmiany w środowisku domowym i społecznościowym³⁹.

Inną metodą oddziaływań jest krótka strategiczna terapia rodzin (*Brief Strategic Family Therapy*, BSFT), która ma na celu korektę „nawracających wzorów interakcji rodzinnych (na przykład negatywizm i obarczanie winą), najbardziej bezpośrednio wpływających na przystosowanie psychospołeczne nastolatka, przez stosowanie praktycznych strategii terapeutycznych dostosowanych do sytuacji rodziny”⁴⁰. Natomiast behawioralna terapia rodzin (*Family Behaviour Therapy*, BFT) to metoda ambulatoryjna, skuteczna według wyników metaanaliz przy problemach związanych z sięganiem po substancje psychoaktywne, takie jak depresja, konflikty rodzinne, nieobecność w szkole czy w pracy. Terapia ta opiera się na modelu wsparcia społecznego⁴¹.

Poza wyżej zaprezentowanymi podejściami stosowane są jeszcze inne terapie systemowe, w tym terapia wielosystemowa (*Multi Systemic Therapy*, MST), która jest skierowana przede wszystkim do dzieci i młodych ludzi. MST koncentruje się na pięciu filarach rozwoju dziecka i młodego człowieka, które stanowią jednocześnie pięć obszarów rozwoju czynników chroniących i czynników ryzyka (przekonania, środowisko rodzinne, środowisko rówieśnicze, środowisko szkolne i sąsiedztwo)⁴². Terapia koncentruje się na zmianie procesów dysfunkcji, które występują w tych obszarach⁴³. Kolejną odmianą terapii systemowych jest wielorodzinna edukacyjna interwencja (*Multifamily Educational Intervention*, MEL). Łączy ona cechy interwencji psychoedukacyjnych i wielorodzinnych. W wielorodzinnej edukacyjnej interwencji uczestniczą zazwyczaj około trzech do czterech rodzin. Sesje grupowe składają się z ukierunkowanych i uporządkowanych dyskusji grupowych dotyczących konkretnych treści, prezentacji dydaktycznych, warsztatów kształcących umiejętności oraz zadań domowych. Treści mogą obejmować uczenie się alternatywnych form redukcji stresu, indywidualnych i rodzinnych czynników ryzyka i czynników chroniących, ulepszanie zasad organizacji funkcjonowania rodziny, poprawę komunikacji rodzinnej i umiejętności rozwiązywania problemów. Oprócz grup wielorodzinnych dostępne są dla rodzin, na

³⁹ H.B. Waldron, Ch.W. Turner, *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse: A Review and Meta-Analyses*, „Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology”, 2008, No 37(1), s. 236–259, 238.

⁴⁰ J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje*, dz. cyt., s. 346.

⁴¹ Tamże, s. 347.

⁴² M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt., s. 112.

⁴³ H.B. Waldron, Ch.W. Turner, *Evidence-Based Psychosocial Treatments*, dz. cyt., s. 238.

prośbę rodziny lub terapeuty w przypadku nagłych przypadków, również indywidualne interwencje kryzysowe⁴⁴.

Przy wyborze najbardziej odpowiednich oddziaływań skierowanych do dzieci i młodzieży, obok koncentracji na indywidualnym profilu czynników ryzyka i czynników chroniących, warto opierać się na naukowych dowodach skuteczności konkretnych metod terapeutycznych. Z systematycznych przeglądów i metaanaliz wynika, że udokumentowane interwencje kierowane do młodzieży nadużywającej substancji psychoaktywnych pozwalają na sformułowanie wniosku, iż nawet najlepiej oceniane interwencje mają małą skuteczność. Mieści się ona w przedziale od niskiej do umiarkowanej⁴⁵. Warto jednak zaznaczyć, że tylko kilka rodzajów interwencji można w świetle badań uznać za oparte na dowodach naukowych. Są to bez wątpienia terapie rodzinne, a wśród nich wielowymiarowa terapia rodzin, funkcjonalna terapia rodzin, wielosystemowa terapia rodzin⁴⁶, krótka strategiczna terapia rodzin, behawioralna terapia rodzin oraz terapie kognitywno-behawioralne, farmakoterapie i podejście polegające na opiece ustawicznej⁴⁷.

Warto w tym miejscu wspomnieć o randomizowanych badaniach prowadzonych przez H.A. Liddle i in., w których losowo przydzielono 182 nastolatków zażywających marihuanę i pijących alkohol do jednej z trzech terapii: wielowymiarowej terapii rodzinnej (MDFT), terapii grupowej młodzieży (AGT) i interwencji edukacyjnej wielorodzinnej (MEI). W trakcie realizacji badań dokonano pomiaru przy przyjęciu na terapię, jej zakończeniu oraz po 6 i 12 miesiącach, jakie upłynęły od jej zakończenia. Wyniki badań pokazały poprawę wśród młodzieży we wszystkich trzech terapiach, przy czym w przypadku MDFT poprawa była znacznie korzystniejsza. Wyniki potwierdzają skuteczność MDFT w znacznym ograniczaniu nadużywania narkotyków przez nastolatków. Uczestnicy terapii MDFT wykazali również zmiany po roku od ukończenia terapii w takich obszarach, jak osiągnięcia szkolne / akademickie oraz funkcjonowanie w rodzinie⁴⁸.

W kolejnych badaniach⁴⁹ porównano skuteczność wielowymiarowej terapii rodzinnej (MDFT) i terapii grupowej (*Adolescent Group Therapy*). Oddziaływania terapeutyczne trwały 12-16 tygodni, sesje (90-minutowe) odbywały się dwa razy w tygodniu

⁴⁴ H.A. Liddle i in., *Multidimensional Family Therapy*, dz. cyt., s. 661–662.

⁴⁵ J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje*, dz. cyt., s. 341.

⁴⁶ MFT zakłada, że używanie substancji jest spowodowane oddziaływaniem środowiska rodzinnego, odbywa się więc w środowisku naturalnym młodego człowieka i koncentruje na wzmacnianiu naturalnych systemów wsparcia rodzinnego. Wyniki najnowszych metaanaliz MST można znaleźć w wielowątkowym opracowaniu L. J. Siegel i B.C. Welsh, *Juvenile Delinquency. Theory, Practice and Law*, Cengage Learning 2015, s. 422–423.

⁴⁷ J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje*, dz. cyt., s. 341.

⁴⁸ H.A. Liddle i in., *Multidimensional Family Therapy*, dz. cyt., s. 651–652.

⁴⁹ Tamże.

w przypadku obu form oddziaływań. Pomiaru dokonano przy przyjęciu, w 6-tygodniowym okresie po przyjęciu, przy wypisie z placówki oraz po 6 i 12 miesiącach od zakończeniu leczenia. Analiza uzyskanych danych wykazała wyższą skuteczność MDFT w okresie 12-miesięcznej obserwacji w zakresie ograniczania używania substancji, przestępczości i doświadczanego cierpienia psychicznego oraz zmniejszenia czynników ryzyka w rodzinach, grupach rówieśniczych oraz w szkole u nastolatków. Warto podkreślić, że wyniki badań wskazują na bardzo wysoki wskaźnik utrzymywania się w terapii w przypadku obu form oddziaływań (97% dla MDFT i 72% dla interwencyjnej grupy rówieśniczej)⁵⁰. Również raport EMCDDA⁵¹, uwzględniający wyniki przeglądu systematycznego, którego celem była ocena skuteczności MDFT, ukazuje, iż wszystkie analizowane w nim badania wykazały, że MDFT prowadziła do zmniejszenia zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież⁵².

Autorzy kolejnego przeglądu systematycznego oraz badań metaanalizy, H.B. Waldron oraz C.W. Turner, koncentrowali się na analizie badań dotyczących skuteczności leczenia ambulatoryjnego nastolatków uzależnionych od narkotyków. Wyniki badań wskazują, że dwa podejścia mieszczące się w zbiorze terapii systemowych, MDFT i FFT, a także grupowa CBT, są dobrze ugruntowane w leczeniu uzależnienia od narkotyków wśród młodzieży. Inne modele oparte na rodzinie, w tym MST, BSFT i BFT (*Behavioral Family Therapy*), są prawdopodobnie skuteczne, oczekując jednak na kolejne badania prowadzone przez niezależne zespoły badawcze. ACRA (*Adolescent Community Reinforcement Approach*) i inne indywidualne metody CBT wydają się obiecujące, ale również wskazane są dodatkowe pomiary. W trakcie analiz nie pojawił się żaden wyraźny trend ukazujący wyższość jednego modelu leczenia nad innym. Zgodnie z zaleceniami autorów potrzebne są dalsze badania w celu ustalenia, w jaki sposób dostosować leczenie do indywidualnych potrzeb nastolatków, aby zwiększyć skuteczność rozumianą jako zmniejszenie częstotliwości sięgania po narkotyki. Dopóki problemy te nie zostaną rozwiązane w sposób bardziej adekwatny, klinicyści mają swobodę wyboru spośród dobrze ugruntowanych metod leczenia, w zależności od tego, w jaki sposób podejścia pasują do obecnych warunków leczenia i zasobów kadrowych⁵³.

⁵⁰ Tamże, s. 12–22.

⁵¹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) „dostarcza UE oraz jej państwom członkowskim rzeczowych, obiektywnych, wiarygodnych i porównywalnych informacji na poziomie europejskim, dotyczących narkotyków i narkomanii oraz jej skutków”; https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_pl (dostęp: 21.08.2018).

⁵² Raport EMCDDA, *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Users: A Systematic Review*, 2014, s. 10; <http://www.emcdda.europa.eu> (dostęp: 16.08.2018).

⁵³ H.B. Waldron, Ch.W. Turner, *Evidence-Based Psychosocial Treatments*, dz. cyt., s. 253.

Celem badań metaanalitycznych prowadzonych przez K. Bender i in. było porównanie terapii rodzinnych do oddziaływań indywidualnych stosowanych w celu ograniczenia używania przez nastolatków konopii indyjskich. Analiza wykazała podobnie umiarkowane efekty dla indywidualnych i rodzinnych podejść do leczenia. Odkrycia te sugerują, że interwencje indywidualne i rodzinne dotyczące zażywania przez młodzież pochodnych konopi indyjskich są umiarkowanie skuteczne. Pomimo spadku wielkości efektu w czasie, kilka interwencji (w tym *Behavioral Treatment*, *Teaching Family*, *Multidimensional Family Treatment*) utrzymało jednak znaczące zmniejszenie w 12 miesięcy po leczeniu⁵⁴.

Kolejna metaanaliza warta uwagi, realizowana przez The Campbell Collaboration, dotyczyła badania efektów wielowymiarowej terapii rodzinnej (MDFT) w terapii uzależnienia od marihuany, amfetaminy, ekstazy lub kokainy wśród młodzieży w wieku 11-21 lat. Jej autorzy we wnioskach, choć zastrzegają, że potrzebne są dodatkowe badania, wskazują, iż z przeprowadzonych analiz wynika, że terapia MDFT prowadzona wśród młodzieży uzależnionej od środków nieopiodowych zmniejsza ich używanie nieco bardziej niż w przypadku CBT, grupy rówieśniczej, TAU (*Treatment as Usual*), AGT (*Adolescent Group Therapy*), MEI i MET (*Motivational Enhancement Therapy*), CBT i ACRA⁵⁵.

Raporty z badań EBM dotyczą wyników statystycznie istotnych, przy czym nie można nic powiedzieć o wielkości uzyskanego efektu (*effect size*⁵⁶). Zdecydowana większość metaanaliz zawartych w najnowszych publikacjach wskazuje, że wielkość efektu interwencji ograniczających nadużywanie substancji przez młodzież osiąga poziom mały lub jedynie umiarkowany⁵⁷. Metaanalizy pozwalają stwierdzić, że terapię rodzinne cechują się pewnymi właściwościami, które są czynnikiem ich skuteczności. Są to: pełne ustrukturalizowanie, przebieg według ścisłych procedur, oparcie na metodach o potwierdzonej w badaniach skuteczności, uwzględnianie czynników ryzyka i czynników chroniących, oparcie na pracy z motywacją i zaangażowaniem w poszczególnych etapach terapii⁵⁸. Co ciekawe, EBM nie dostarcza jednak pełnych informacji dotyczących skutecznego posługiwania się metodami pracy terapeutycznej

⁵⁴ K. Bender i in., *A Meta-analysis of Interventions*, dz. cyt., s. 10–12.

⁵⁵ T. Filges i in., *Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review*, „Campbell Systematic Reviews” 2015, s. 9–12.

⁵⁶ Wielkość efektu to siła związku między dwiema zmiennymi. Określana jest jako statystyczna miara wielkości efektu. Najpopularniejszą miarą jest wskaźnik *d*-Cohena. Oznacza on siłę związku między dwoma rozkładami zmiennych: mała, umiarkowana lub duża wielkość efektu oznacza wartość 0.20, 0.50 i 0.80 współczynnika zgodności *d*-Cohena; por. J.M. Hawke, Y. Kaminer, *Naukowo udokumentowane interwencje*, dz. cyt., s. 343.

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ Tamże, s. 341.

i wskazuje na potrzebę badań naukowych w tym obszarze. Co ważne, akcentowana jest też potrzeba badań nad powiązaniem tych metod z określonym etapem rozwojowym młodego człowieka, szczególnie tego, który poddawany jest oddziaływaniom stacjonarnym⁵⁹. Widoczne jest więc pewne ograniczenie podejścia EBM, gdyż mimo szeroko zakrojonych badań naukowych nie dostarcza ono jeszcze obecnie odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące skuteczności terapii uzależnień. Zdecydowanie jednak jest to perspektywa obiecująca i konieczne wydaje się jej szersze zastosowanie w badaniach w Polsce. Odpowiedzią na tę potrzebę są prowadzone w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego dwa projekty badawcze osadzone w nurcie *evidence based in practice*, dotyczące skuteczności terapii osób uzależnionych od narkotyków oraz osób uprawiających hazard o nasileniu nałogowym. Autorzy widzą jednak również potrzebę realizacji podobnych badań odnoszących się do terapii uzależnień, której odbiorcami są dzieci i młodzież. Tym bardziej że wydaje się, iż oferta pomocowa kierowana do tej grupy osób nie jest aż tak rozbudowana, jak w krajach zachodnich i warto ją doskonalić.

Zakończenie

W świetle przedstawionych wyżej koncepcji teoretycznych i tendencji w praktyce diagnostycznej i oddziaływaniach terapeutycznych należy stwierdzić, że w literaturze przedmiotu widać znaczące różnicowanie metod i form pracy z dziećmi oraz młodzieżą. U podstaw współczesnych i najbardziej aktualnych metod oraz form oddziaływań nakierowanych na młode osoby uzależnione lub zagrożone uzależnieniami sytuują się opisywane szeroko: koncepcja dobrostanu dziecka i te nurty psychologiczne, które wywodzą się lub są mocno związane z psychologią pozytywną. I one też implikują współczesne metody diagnostyczne stosowane wobec dzieci i młodych ludzi, a w konsekwencji – podejścia terapeutyczne. Współczesne badania nad skutecznością terapii uzależnień tak w odniesieniu do dorosłych, jak i do dzieci i młodzieży, oparte na podejściu *Evidence Based in Therapy* korzystają z wyników szeroko zakrojonych metaanaliz i pozwalają stwierdzić, że najbardziej obiecujące są terapie obejmujące rodzinę czy nawet szersze środowisko wychowawcze dziecka czy młodego człowieka, aczkolwiek istotna jest przede wszystkim postawa terapeuty – czy szerzej – instytucji pomocowych wobec samego pacjenta i jego rodziny. Diagnoza i terapia nie odbywają się bowiem w izolacji od środowiska wychowawczego (lub są ograniczone do niezbędnego minimum hospitalizacji), ale właśnie na nim budują kolejne ustrukturalizowane etapy zdrowienia. Otwarte pozostaje pytanie o dobrowolność i zaangażowanie samego

⁵⁹ Tamże.

podmiotu – dziecka czy młodego człowieka – w proces diagnostyczny, a potem terapeutyczny. Przy silnym wsparciu społecznym inwestycji w więzi rodzinne i społeczne (jak czyni się to we współcześnie stosowanych opisanych wyżej terapiach kognitywno-behawioralnych opartych na uczeniu się nowych kompetencji społecznych) motywacja wewnętrzna i osobiste zaangażowanie stają się czynnikami najbardziej istotnymi i centralnymi w pracy z młodym człowiekiem. Są to równocześnie takie elementy składające się na proces zmiany, które zgodnie z duchem dialogu motywującego można kształtować w trakcie rozmowy z drugim człowiekiem i bezpośrednio wpływać na ich wzmocnienie. Istotne jest, aby wydobywanie i pogłębianie motywacji do zmiany i jej podtrzymania bazowało na kompleksowej diagnozie deficytów jednostki oraz przede wszystkim jej zasobów, a sam proces zmiany i jego efekt końcowy był atrakcyjny dla samej osoby zainteresowanej, tak aby była ona głównym jej kreatorem.

Bibliografia

- Abreu C.N., Goes D.S., *Psychoterapia uzależnienia od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Fundacja Dolce Vita, Warszawa 2017.
- Beard K.W., *Praca z młodzieżą uzależnioną od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Fundacja Dolce Vita, Warszawa 2017.
- Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S., Muskała M., *Systemy resocjalizacji Anglii i Stanów Zjednoczonych Ameryki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2015.
- Beck A.T. i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bender K. i in., *A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Adolescent Cannabis Use*, Florida State University Libraries Faculty Publications, The College of Social Work, Florida 2010.
- Biel K., *Model ryzyka i model dobrego życia w readaptacji skazanych*, [w:] *Konteksty resocjalizacji i readaptacji społecznej*, red. J. Kusztal, K. Kmieć-Jusięga, Wydawnictwo WAM, Kraków 2014.
- Colby S.M., *Dialog motywacyjny jako interwencja w rzucaniu palenia przez młodzież*, [w:] *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, red. H. Arkowicz, W.R. Miller, S. Rollnick, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
- Eidenbenz F., *Układy dynamiczne u młodzieży uzależnionej od Internetu*, [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, red. K.S. Young, A.N. Abreau, Fundacja Dolce Vita, Warszawa 2017.
- Filges T. i in., *Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Young People in Treatment for Non-opioid Drug Abuse: A Systematic Review*, „Campbell Systematic Reviews” 2015.

- Glynn L.H., Moyers T.B., *Dialog motywujący jako terapia uzależnień*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, red. P.M. Miller, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Griffin-Shelley E., *Nastolatkarstwo uzależnieni od seksu*, [w:] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Wydawnictwo Dolce Vita, Zamość 2018.
- Harpern-Felsher B.L., Milstein S.G., Irwin Ch.E., *Work Group II Healthy Adolescent Psychological Development*, „Journal Adolescent Health” 2002, nr 31(6).
- Hawke J.M., Kaminer Y., *Naukowo udokumentowane interwencje kierowane do młodzieży nadużywającej substancji psychoaktywnych*, [w:] *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, red. P.M. Miller, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Jarosz E., *Uczestnictwo dzieci – idea i jej znaczenia w przełamywaniu wykluczenia społecznego dziecka*, „Chowanna”, 2012, nr 1(38).
- Koczurowska J., *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*, [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała, KBPN, Warszawa 2010.
- Kusztal J., *Dobro dziecka w procesie resocjalizacji. Aspekty pedagogiczne i prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
- Liddle H.A. i in., *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial*, „The American Journal Drug Alcohol Abuse”, 2001, No 27(4).
- Liddle H.A. i in., *Multidimensional Family Therapy for Young Adolescent Substance Abuse: Twelve-Month Outcomes of a Randomized Controlled Trial*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2009, vol. 77, No. 1.
- Miller W.R., Rollnick S., *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Muskała M., *„Odstąpienie od przestępczości” w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2016.
- Opora R., *Ewolucja społecznego niedostosowania jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009.
- Piacentini J., Bergman R.L., Aikins J.W., *Poznawczo-behawioralne interwencje w terapii zaburzeń lękowych okresu dzieciństwa*, [w:] *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. M.A. Reinecke, D.A. Clark, GWP, Gdańsk 2005.
- Przeciwdziałanie e-uzależnieniu dzieci i młodzieży, Najwyższa Izba Kontroli, LKI.410.008.00.2016, Nr ewid. 32/2016/P/16/070/LK.
- Raport EMCDDA, *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Users: A Systematic Review*; <http://www.emcdda.europa.eu> (dostęp: 16.08.2018).
- Reinecke M.A., Clark D.A., *Terapia poznawcza przez całe życie: ramy pojęciowe*, [w:] *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. M.A. Reinecke, D.A. Clark, GWP, Gdańsk 2005.
- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne, Profilaktyka i terapia*, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.

- Sawicki K., *Diady, kliki, gangi. Młodzież nieprzystosowana społecznie w perspektywie współczesnej pedagogiki resocjalizacyjnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018.
- Siegel L.J., Welsh B.C., *Drug Use and Delinquency*, [w:] *Juvenile Delinquency. Theory, Practice and Law*, red. L.J. Siegel, B.C. Welsh, Cengage Learning, Boston 2015.
- Siegel L.J., Welsh B.C., *Juvenile Delinquency. Theory, Practice and Law*, Cengage Learning, Boston 2015.
- Stainton-Rogers W., *Promocja lepszego dzieciństwa. Konstrukcje troski o dziecko*, [w:] *Wprowadzenie do badań nad dzieciństwem*, oprac. M.J. Kehily, Wydawnictwo WAM, Kraków 2008.
- Stratton P., *Report On The Evidence Base Of Systemic Family Therapy*; <http://www.aft.org.uk> (dostęp: 16.08.2018).
- Urban B., *Kognitywno-interakcyjne podstawy współczesnej resocjalizacji*, [w:] *Resocjalizacja. Ciągłość i zmiana*, red. M. Konopczyński, B.M. Nowak, Pedagogium. Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa 2008.
- Waldron H.B., Turner Ch.W., *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse: A Review and Meta-Analyses*, „Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology” 2008, No 37(1).
- Willis G.M., Ward T., *The Good lives model. Does it work? Preliminary Evidence*, [w:] *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment*, red. L.A. Craig, L. Dixon, T.A. Gannon, J. Wiley and Sons, Chichester 2013.
- Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia w sprawie niedostatecznego dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży; http://brpd.gov.pl/sites/default/files/2018_01_17_wyst_mz.pdf (dostęp: 16.08.2018)
- https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_pl (dostęp: 21.08.2018).
- <https://www.mcpc.krakow.pl/konferencje> (dostęp: 16.08.2018).

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr hab. Justyna Kuształ
 Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Instytut Pedagogiki,
 Zakład Pedagogiki Szkolnej i Dydaktyki Akademickiej
 e-mail: justyna.kusztal@uj.edu.pl

Dr Małgorzata Piasecka
 Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Instytut Pedagogiki,
 Zakład Pedagogiki Szkolnej i Dydaktyki Akademickiej
 e-mail: malgorzata.piasecka@uj.edu.pl